

令和8年度 こども発達支援センターSun（サン）利用申込書

私は、大阪府障害者福祉事業団【こども発達支援センターSun 令和8年度発達障がい療育事業実施要項】及び【利用に関するお願い】の記載内容について了承した上で、サービス利用の申し込みをします。

記入年月日 令和 年 月 日

記入者氏名 _____

ふりがな		男	ふりがな	
児 童 氏 名		女	保護者氏名	
生 年 月 日	平成・令和（西暦） 年 月 日		住 所	〒
年 齢	（令和8年4月1日現在） 歳 か月			
所属する園・ 小学校名 （予定含む）	（令和8年4月1日現在）	電 話	- -	
		携 帯	- - （父・母・ ）	
		F A X	- -	
学 年	（令和8年4月1日現在） 2歳児 年少 年中 年長 小1 小2			
	※小学生のみご記入ください ☐ 支援級在籍 ☐ 通級利用 ☐ どちらでもない			
Sun の利用年度	なし ・ R2 ・ R3 ・ R4 ・ R5 ・ R6 ・ R7			
Sun 申込みをして 利用出来なかった年度	なし ・ R2 ・ R3 ・ R4 ・ R5 ・ R6 ・ R7			
検 査	新版K式 ・ W I S C ・ その他（ ） * 1年以内に受けたもの			
通所受給者証の有無	☐ なし ☐ あり （利用事業所 ）			
手帳の有無	☐ なし ☐ あり（療育手帳 A B1 B2 ・ 精神保健福祉手帳 級 ・ 身体障害者手帳 級）			

■診断を受けている場合			
最新の 診断状況	医療機関名	（ ）科	診 断 年 月
	医師名		平成・令和 年 月
	診断名	（該当するものすべてにチェック✓） ☐ 自閉スペクトラム症（ASD） ☐ 注意欠如・多動症（ADHD） ☐ 学習障がい（LD） ☐ 発達性協調運動症（DCD） ☐ その他（ ）	

■診断を受けていない場合 （※ 下記のいずれかの書類を添付してください。内容について確認させていただきます） （※ 書類がない場合は、下の同意欄に必ず署名をお願いいたします）	
提 出 書 類	☐ 保健センターの発達相談結果票・意見書 （検査年月 年 月） ☐ 市役所の発達相談結果票・意見書 （検査年月 年 月） ☐ その他（ ）
同 意 欄	こども発達支援センターSun から、保健センターや市役所への、意見書の依頼に同意します。 署名 _____